

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N°

22

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 3 novembre 1900, à 1 heure

Par JEAN-BAPTISTE-AUGUSTE CHOFARDET

Né à Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône), le 2 juin 1875

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

A DÉBUT BRUSQUE

Simulant l'appendicite

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges { MM. DEBOVE, professeur.
MARFAN et VAQUEZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

22

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 3 novembre 1900, à 1 heure

Par JEAN-BAPTISTE-AUGUSTE CHOFARDET

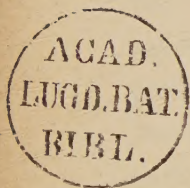
Né à Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône), le 2 juin 1875

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

A DÉBUT BRUSQUE

Simulant l'appendicite



Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges { MM. DEBOVE, professeur.
MARFAN et VAQUEZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Je dédie ce travail comme un faible témoignage
de ma reconnaissance*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je considère comme un devoir de les remercier ici publiquement des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi et de la sollicitude dont ils n'ont cessé de m'entourer. A certaines heures, difficiles à vivre, où le courage semble s'éteindre, où la volonté demi-brisée, devient incapable de dominer et de régir les autres facultés de l'âme, leur affectueux soutien ne m'a pas fait défaut : de cela, je garderai toujours le souvenir.

A MES MAITRES

M. GAUDERON, médecin de l'Hôpital St-Jacques, à Besançon (Doubs).

M. REYNIER, chirurgien de Lariboisière.

M. RAYMOND, professeur de clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).

M. DIEULAFOY, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. PINARD, professeur de clinique obstétricale (Baudelocque).

M.M. MOIZARD et COMBY, médecins de l'Hôpital des Enfants-malades.

M. POUCHET, professeur de matière médicale et de pharmacologie.

M. DELAUNAY, chirurgien en chef de l'Hôpital Péan, qui m'a fait l'honneur de m'accepter comme interne dans son service, et dont j'ai eu l'heureuse fortune d'apprécier la grande expérience et l'insigne bienveillance.

M.M. BROCHIN, ROUSSEAU, ROBIN-MASSÉ, TAPIÉ DE CELEYRAN, chirurgiens de l'Hôpital Péan.

M. MESNARD, médecin de l'Hôpital Péan,

M. le D^r RAYMOND PETIT.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

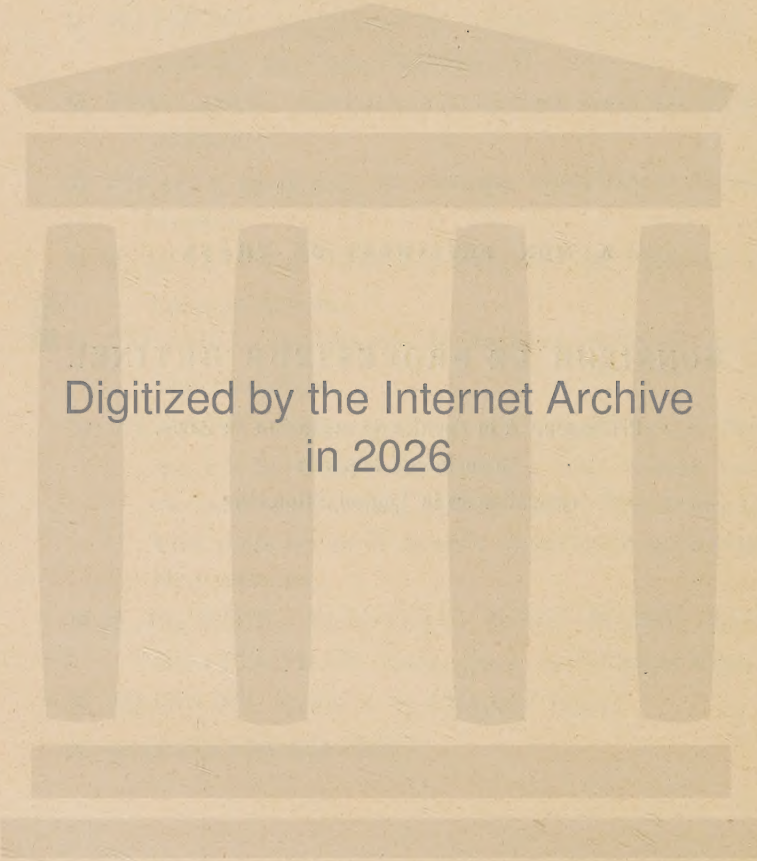
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

A DÉBUT BRUSQUE

Simulant l'appendicite

INTRODUCTION

En écrivant ce modeste travail, notre pensée n'est point de reprendre l'histoire et la description générales de la péritonite tuberculeuse. Depuis l'époque où Bichat, au commencement du siècle, fit de la péritonite chronique une entité morbide bien définie, opinion appuyée ensuite par les travaux de Bayle et de Laënnec, les auteurs sont arrivés à préciser la nature tuberculeuse de cette affection ; c'est aux travaux de Louis et d'Andral, à ceux de Grisolles et de Empis, que nous devons cette importante découverte. Depuis lors, cette maladie a été considérée à divers points de vue et étudiée sous divers jours, si bien qu'aujourd'hui, d'une façon générale, la péritonite tuberculeuse est une des affections les mieux connues du cadre nosologique. Après en avoir déterminé la nature, les symptômes, l'anatomie pathologique et les causes, les

recherches se sont portées vers le traitement de cette tuberculose locale, lorsque l'élan fut donné par la célèbre erreur de diagnostic de Spencer Wells qui fit une laparotomie pour un kyste de l'ovaire et trouva une péritonite tuberculeuse. Cette laparotomie ayant eu un effet curateur, une voie nouvelle et inattendue s'ouvrait au chirurgien, et les travaux modernes, en précisant les formes et les modalités de la péritonite bacillaire, fixèrent enfin comme corollaire les indications du traitement chirurgical.

Nous ne voulons ici ni reprendre, ni résumer les œuvres magistrales actuellement bien connues ; notre but plus modeste nous conduira seulement à envisager une modalité de la péritonite tuberculeuse circonscrite qui, par son début assez rapide et bruyant, ne laisse pas que de rendre le diagnostic assez embarrassant. C'est donc surtout une contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose péritonéale que nous entreprenons aujourd'hui. Notre excellent maître, M. Moizard, avec son tact de clinicien éminent, a su dépister la tuberculose péritonéale dans des cas où l'on aurait pu croire à l'appendicite ou à la fièvre typhoïde ; on comprend toute l'importance qu'il y a à préciser les moyens de poser de tels diagnostics.

C'est donc sous l'inspiration de ce savant maître, et aidé par ses remarquables travaux, que nous entreprenons cette étude clinique. Si nos efforts ne restent pas au-dessous de notre tâche, si le lecteur trouve en ces pages quelques notions intéressantes, pratiques et instructives, tout l'honneur en revient au maître qui nous a inspiré et guidé avec tant de bonté et de savoir.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la tuberculose du péritoine est aujourd'hui bien connue et il est inutile de nous y arrêter longuement.

Ici, comme dans toutes les infections tuberculeuses, l'hérédité joue évidemment son rôle et peut, dans les formes que nous envisagerons spécialement dans cette étude, mettre sur la voie du diagnostic parfois si difficile.

Si la tuberculose peut éclater d'emblée par une localisation péritonéale, souvent elle est précédée par d'autres accidents de même nature. Tantôt c'est chez un tuberculeux avéré que la lésion de la séreuse apparaît ; tantôt on retrouve dans les antécédents personnels du malade une affection dont la nature tuberculeuse a été mise en évidence dans ces dernières années par M. Landouzy : nous avons nommé la pleurésie. Dans une de nos observations, n'est-ce pas précisément le fait d'une pleurésie antérieure qui a conduit M. Moizard à émettre des réserves sur le diagnostic d'appendicite qui paraissait s'imposer au premier abord ? or l'évènement a prouvé par la suite le bien fondé de ces réserves puisqu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse.

Nous laisserons de côté l'influence de la débilité, des conditions défectueuses d'hygiène, de la misère, et de toutes les maladies qui amoindrissent les défenses de l'organisme. Elle a été dès longtemps mise en lumière.

Les considérations d'âge et de sexe, de profession, le rôle du traumatisme, ne nous arrêteront pas non plus. Nous voulons seulement rappeler en quelques mots les voies de pénétration du bacille infectant. Ces voies sont au nombre de quatre : la première et la plus rare aussi est la voie directe ; les bacilles de Koch sont directement déposés sur la séreuse par un instrument vulnérant contaminé, par exemple par un trocart à ponction. Les faits de ce genre sont heureusement tout à fait exceptionnels et de plus en plus appelés à disparaître.

La voie sanguine est plus souvent mise en cause ; selon M. Marfan, ce serait la plus commune. Par une porte d'entrée quelconque, les bacilles pénètrent, laissant ou non une lésion tuberculeuse en ce point ; ils gagnent les ganglions lymphatiques, y végètent et, entraînés dans les vaisseaux et le canal thoracique, ils entrent facilement dans la circulation sanguine qui les diffuse dans l'organisme et les charrie jusqu'au moment où ils trouveront un lieu favorable à leur pullulation. Ce lieu pourra être le péritoine, en particulier lorsqu'un traumatisme, une maladie antérieure en auront fait un « *locus minoris resistentiæ* ».

La voie lymphatique peut servir de propagation aux bacilles et amener l'infection du péritoine, principalement dans les cas où le foyer tuberculeux primitif occupe les organes génitaux de la femme ou les vésicules séminales, la prostate chez l'homme, ou même, dans certains cas,

comme l'a signalé Lannelongue, l'articulation coxo-fémorale.

Il reste encore une autre voie d'infection possible, c'est la voie digestive dont Chauveau en 1868 a démontré le rôle.

Divers auteurs comme Strauss, Koch, Sormani et Wurtz, ont montré que les liquides sécrétés par le tube digestif ne peuvent arriver à détruire le microbe de la tuberculose au passage, ni même à supprimer sa virulence. Pénétrant à travers la paroi intestinale, ces microbes infecteront le péritoine, et on aura ce que l'on a appelé la tuberculose par ingestion. Il n'est même pas nécessaire que l'épithélium de l'intestin soit lésé pour que le bacille pénètre. Debroklowski a prouvé qu'il pouvait franchir l'épithélium sans faire d'effraction, sans léser la muqueuse. De là, il passe dans les voies lymphatiques et arrive ainsi jusqu'au péritoine où il évolue.

Telles sont simplement les notions d'étiologie et de pathogénie que nous tenions à rappeler, car elles peuvent expliquer dans certains cas la lésion du bacille dans une région donnée du péritoine : par exemple, la péritonite tuberculeuse pelvienne à la suite de lésions des organes génitaux, etc.

FORMES CLASSIQUES DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La péritonite tuberculeuse peut se présenter au clinicien comme à l'anatomo-pathologiste sous des aspects variables et son évolution se fait suivant des modalités différentes.

Tous les auteurs classiques signalent ces formes d'une façon à peu près identique. Que l'on prenne le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, celui de Le Dentu et Delbet, ou un *traité de médecine* pour y lire la péritonite bacillaire, on y trouve la même division ; c'est la suivante :

Péritonite tuberculeuse aiguë.

Péritonite tuberculeuse chronique.

Péritonite tuberculeuse localisée.

De toutes ces formes, la plus communément observée de beaucoup, c'est la forme chronique, si bien qu'en raison même de leur rareté les autres formes sont susceptibles de conduire à des erreurs de diagnostic parfois difficiles à éviter et sur lesquelles on ne saurait trop attirer l'attention.

On a continué d'envisager la péritonite tuberculeuse comme une maladie dont le début et l'évolution n'ont rien

d'aigu ; c'est le résultat de l'observation de la majorité des cas de péritonite bacillaire, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Récemment notre excellent maître M. Moizard, écrivait dans un fort intéressant article du *Journal des praticiens* (7 août 1900), auquel nous aurons d'ailleurs à faire plus d'un emprunt : « Je voudrais, dit-il, montrer aujourd'hui que la péritonite tuberculeuse qui, dans l'esprit de tous, est une maladie à évolution lente, progressive, peut, dans certains cas très rares, débiter brusquement, à grand fracas, et que, si les lésions siègent ou prédominent dans la fosse iliaque droite, elle peut simuler à s'y méprendre l'appendicite ».

Cette forme de bacillose péritonéale chronique se présente à l'observateur avec des signes bien connus que nous essaierons simplement de résumer pour pouvoir mieux les opposer à ceux des formes qui débutent brusquement et font si facilement errer le diagnostic.

L'infection bacillaire du péritoine évoluant chroniquement peut être observée sous trois formes qui sont : la forme ascitique, la forme caséuse et la forme fibreuse.

La forme ascitique commence à se manifester par des symptômes assez vagues ; ce sont des douleurs peu intenses, des coliques, puis on voit survenir des alternatives de diarrhée et de constipation, la constipation prédominant en général. Le malade a des nausées, des envies de vomir ; il maigrit légèrement, pâlit un peu, ses forces s'affaiblissent, sa température est très légèrement élevée au-dessus de la normale. Après avoir observé, au moins dans certains cas, du météorisme abdominal, on voit bien-

tôt le volume du ventre continuer à augmenter ; tandis que la sonorité fait place au son mat, l'ascite apparaît, ascite souvent volumineuse, mais dans laquelle le réseau veineux sous-cutané ne prend qu'un faible développement et généralement sous-ombilical.

Bien souvent, en auscultant le malade, on trouvera aux deux bases et surtout du côté droit quelques frottements pleuraux caractéristiques.

La marche de la maladie est essentiellement lente ; les signes précédents diminuent pendant que l'ascite progresse lentement. Un fait important à noter, c'est la mobilité du volume de l'ascite qui, du jour au lendemain, est susceptible d'augmenter ou de diminuer.

Parfois la guérison spontanée a été observée. L'ascite diminuant progressivement finit par disparaître ; la guérison est complète. Mais, plus souvent peut-être, des modifications surviennent qui témoignent de la transformation de la forme ascitique en l'une des deux suivantes :

La péritonite chronique ulcéreuse ou ulcéro-caséeuse est la forme classique par excellence. Son évolution n'est pas moins chronique que dans le premier cas ; le début est très obscur, les malades n'accusent guère qu'une sensation de plénitude et de tension abdominale ; enfin il y a des troubles digestifs, comme des vomissements, et de la constipation alternant avec la diarrhée. Ces signes intestinaux sont bien en rapport avec l'opinion de Kœnig qui pense que l'infection se fait le plus ordinairement par voie intestinale. Ici, les lésions sont plutôt profondes qu'étendues ; aussi la tendance à la guérison est-elle nulle. Les masses tuberculeuses se ramollissent et s'ulcèrent,

puis se terminent par la perforation de fistules au milieu d'adhérences. Il y a alors des épanchements purulents, même fécaloïdes, qui peuvent s'ouvrir spontanément, soit à l'ombilic, soit au-dessous de lui. Pendant la durée de la maladie, la température n'est pas très élevée : de 38° au début, elle monte aux environs de 39° ; plus tard, elle devient surtout irrégulière. Les troubles digestifs s'accroissent, la constipation devient très importante et très rebelle ; c'est la règle, bien qu'on ait signalé la diarrhée sangui-nolente. En tout cas, ainsi que les tuberculeux avancés, les malades maigrissent considérablement, ils perdent peu à peu leurs forces et ont des sueurs nocturnes profuses.

Localement, il y a de la douleur spontanée et de la douleur à la pression, mais cette douleur n'est pas aiguë, le ventre est proéminent, la paroi abdominale même peut être œdématiée, le réseau veineux sous-cutané fait son apparition. Ce qui est surtout caractéristique, c'est ce fait que, en pratiquant le palper du ventre, on sent des plaques dures de dimensions variables que la percussion montre mates ; ailleurs, on trouve des zones météorisées, parfaitement sonores, et enfin, séparant les unes des autres ces zones, des parties molles et fluctuantes, mais qui restent enkystées par les adhérences péritonéales et ne se déplacent pas si l'on vient à modifier la position du malade. Cette forme qui est la plus commune est grave ; quelquefois elle peut se terminer par la forme fibreuse et par la guérison.

La péritonite à forme fibreuse débute ordinairement par la forme ascitique (liquide libre de l'abdomen), parfois aussi par la forme enkystée (forme précédente).

Les masses tuberculeuses n'ont dans cette forme pour ainsi dire aucune tendance à se ramollir ; les cellules jeunes se multiplient autour des lésions, le péritoine est notablement épaissi par l'organisation des fausses membranes. Ce tissu embryonnaire évoluant vers la forme fibreuse va caractériser l'affection. Le liquide disparaît peu à peu et il ne reste que des adhérences, véritables symphyses de l'intestin et de la paroi qui peuvent n'être pas très étendues et ne gêner en rien la fonction, mais qui, dans certaines circonstances, entraînent des phénomènes d'étranglement. Ces maladies ne guérissent cependant pas toujours, soit qu'une poussée de tuberculose aiguë sur le péritoine ou sur d'autres organes (méningite) emporte le malade, soit que la forme fibreuse devienne secondairement ulcéreuse. Le ventre est d'ordinaire, dans la péritonite fibreuse bacillaire, augmenté de volume, d'abord par météorisme, puis par ascite qui diminue graduellement.

Le palper permet souvent de sentir l'épiploon dans la région ombilicale comme une masse pâteuse. On peut percevoir et entendre des frottements péritonéaux analogues aux frottements pleuraux.

Tels sont les trois aspects cliniques bien connus de la péritonite tuberculeuse chronique ; mais il existe également des péritonites tuberculeuses aiguës. Dans ces cas, la péritonite peut passer pour ainsi dire inaperçue ou tout au moins elle est reléguée au second plan et ne constitue guère qu'un symptôme d'une granulie aiguë, une complication de tuberculose chronique. Quand il s'agit d'une tuberculose avérée, l'apparition des vomissements verdâ-

tres, des douleurs de ventre et de l'ascite témoignent de la propagation au péritoine.

Lorsqu'il n'y a pas de manifestations tuberculeuses antérieures, que le sujet ait été sain jusque-là ou qu'il soit resté porteur d'un foyer latent de bacillose, le début est marqué par de la fièvre, de la courbature, de l'abatement avec céphalalgie; la température a des oscillations très-irrégulières; le ventre se ballonne et devient douloureux; on note de l'hyperesthésie cutanée et enfin le malade maigrit très rapidement.

Cette forme de tuberculose évolue vite et entraîne la mort en un mois, à moins que la transformation en tuberculose chronique ait lieu, mais cela est tout à fait exceptionnel.

Il est une autre variété de péritonite tuberculeuse, c'est celle qui a été observée par Louis, par Godelier, par Empis, et dont M. Fernet a merveilleusement précisé les caractères cliniques: c'est la tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë. La fièvre, les maux de tête et les malaises suivis d'amaigrissement ouvrent la scène, mais la prostration est moins grande que dans la forme précédente et les symptômes moins accusés. Les signes généraux diminuent et les signes abdominaux s'accroissent; l'abdomen est météorisé, douloureux, rempli par de l'ascite; les vomissements et la constipation sont la règle. Bientôt une pleurésie uni ou bilatérale avec épanchement modéré fait son apparition. Bien que la mort puisse survenir en un mois, le passage à l'état chronique et même la guérison sont beaucoup plus fréquents.

FORMES ANORMALES DE TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

(*Formes à début brusque*).

A côté des formes communes de péritonite tuberculeuse que nous venons de rappeler rapidement, il en est d'autres qui, par l'allure brusque de leur début, ou par la localisation des lésions; voire même par l'une et l'autre à la fois, sont beaucoup plus difficiles à reconnaître et deviennent fréquemment l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Pour n'être pas communes, ces formes ne sont cependant pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire; aussi leur étude ne laisse pas que de présenter un réel intérêt pratique.

M. A. Guinard, dans son article du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet signale l'existence d'une tuberculose péritonéale localisée dont il classe les variétés cliniques en quatre groupes suivant que les lésions portent sur le péritoine pelvien, le péritoine péri-cœcal et péri-appendiculaire, le péritoine d'un sac herniaire, le péritoine péri-hépatique.

L'infection du péritoine pelvien, ordinairement consécutive à une tuberculose génitale, évolue par poussées au

moment des règles et s'accompagne de névralgie iléo-lombaire. Les renseignements que fournit le palper combiné avec le toucher vaginal permettent de bien localiser les lésions.

Cette affection qui commence ordinairement d'une façon chronique peut parfois avoir un début aigu qui rendra le diagnostic fort difficile.

La tuberculose herniaire, bien étudiée par Jonesco, Tenderich et récemment par R. Petit, est presque indistinguishable et cliniquement ne peut guère être que soupçonnée. Il s'agit presque toujours de véritables trouvailles opératoires et nous ne pourrions y insister sans nous écarter par trop de notre sujet.

La tuberculose péri-hépatique qui accompagne généralement la tuberculose du foie et qui n'a été observée seule que dans un cas, constitue en somme une exception en tant qu'affection isolée et se confond avec les symptômes de lésion hépatique.

Reste une dernière forme de tuberculose locale, la forme péri-cœcale ou péri-appendiculaire.

Cette forme de tuberculose de l'intestin se localise au cœcum et à l'appendice tout en s'étendant à la portion voisine de l'intestin grêle et au côlon. Il existe pourtant des cas où l'appendice est à peu près seul pris. Comme le dit M. Jalaguier dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* : « On a cependant publié en dehors de ces cas complexes quelques observations d'appendicite tuberculeuse ayant presque toujours évolué d'une façon chronique et donné lieu à des accidents sensiblement analogues à ceux d'une appendicite ordinaire, telles sont les obser-

vations de Sutton, (1) celles de Terrier (2) avec les recherches de Pilliet et Hartmann (3). D'ailleurs, dans le *Bulletin médical*, M. le professeur agrégé Reclus donnait une description complète de l'appendicite tuberculeuse. M. Jalaguier parle d'un cas où une fistule pyostercorale s'établit dans ces conditions et dura jusqu'à la mort qui survint cinq mois après par lésion pulmonaire. Il en cite encore une autre avec péritonite suppurée étendue qui guérit après l'opération, mais garda une fistule stercorale jusqu'à sa mort arrivée six semaines après l'opération et due à une tuberculose en masse du poumon.

Demons et Aynes (Th. de Bordeaux 1895 n° 19) rapportent une observation du même genre : l'opération réussit et fut suivie de guérison. Le cas dont nous décrirons plus loin les détails que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Moizard est particulièrement intéressant à ce point de vue. Comme l'a écrit M. Moizard dans le *Journal des praticiens* (7 août 1900), « il y a une appendicite tuberculeuse qui peut s'accompagner de granulie péritonéale : c'est même la règle générale ».

C'est surtout cette forme de tuberculose appendiculaire qui a une évolution ressemblant à s'y méprendre à l'appendicite commune. La ressemblance est même si parfaite qu'on peut être obligé de se baser sur les antécédents immédiats et éloignés pour porter un diagnostic. Cette appendicite tuberculeuse doit être considérée comme une affection très rare ; dans nombre de cas, il y a simple-

1. Sutton. *Bl. Brit. med. journ.* 3 févr. 91.

2. Terrier. *Bull. soc. chir.*, fév. et juin 92.

3. Pilliet et Hartmann. *Bull. soc. anatom.*, 31 juil. 91.

ment prédominance de la péritonite tuberculeuse au niveau de la fosse iliaque droite ; enfin il est des faits où la bacillose s'étend au cœcum et donne le tableau clinique du cancer de l'intestin. Ces cas ont été savamment étudiés par Pilliet.

On comprend en effet que les lésions bacillaires puissent siéger principalement à droite. N'est-ce pas dans ces conditions que M. Moizard a pu montrer à M. le Dr Brun un enfant qui avait été pris brusquement de douleurs de ventre du côté droit avec vomissements ? Tous deux songèrent d'abord à l'appendicite, mais la douleur étant peu violente, son siège exact à trois travers de doigt au-dessus du point de Mac-Burney ayant pu être déterminé, la défense musculaire se trouvant peu marquée, il leur fut bientôt possible d'abandonner complètement l'idée d'appendicite pour admettre l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

« Il y a un an, dit encore M. Moizard, j'ai observé un fait analogue. Il s'agissait d'un enfant qui m'avait été envoyé avec le diagnostic d'appendicite à rechutes avec indications d'opérer. Son histoire était absolument calquée sur les observations classiques d'appendicite à rechutes. Je n'admis pas cependant cette opinion. L'examen du ventre me démontra, en effet, l'existence d'un empâtement diffus, donnant très nettement la sensation du gâteau péritonéal, et existant aussi bien dans la fosse iliaque gauche qu'à droite. De plus, il y avait des signes d'adénopathie bronchique ».

Dans son article, M. Moizard a réuni la plupart des observations écrites sur ce sujet. On trouvera plus loin

toutes celles du même genre que nous avons pu relever dans la littérature médicale. Nous n'avons retenu toutefois que les observations à début brusque prêtant à des erreurs de diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne voulons pas reprendre ici toutes les notions fort intéressantes, mais bien connues, sur les lésions de la tuberculose péritonéale ; nous nous proposons seulement de jeter un coup d'œil sur l'anatomie pathologique des formes à début brusque que nous envisageons dans ce modeste travail et de voir ce qu'on peut y observer de particulier. Y a-t-il dans les lésions quelque chose qui puisse nous expliquer la brusquerie du début ? Pourquoi cette localisation spéciale au cœcum et à l'appendice, dans la fosse iliaque ? Voilà autant de questions qui ont leur intérêt. Nous ne prétendons pas les résoudre, mais il y a toujours avantage à les envisager, à leur chercher une solution logique, et ne parviendrait-on qu'à éclairer un point très minime, ce serait encore un résultat appréciable.

On décrit classiquement à la tuberculose péritonéale les diverses formes suivantes :

Tuberculose péritonéale aiguë miliaire.

Tuberculose péritonéale chronique généralisée.

Tuberculose péritonéale localisée.

La première de ces formes, qu'elle s'accompagne ou non de lésions tuberculeuses dans d'autres organes,

est caractérisée par un épanchement abdominal modéré qui n'est point seulement ascitique comme en témoigne sa composition chimique : le péritoine pariétal comme le viscéral est parsemé de petites granulations d'un blanc grisâtre, de la grosseur d'un grain de millet. Toutes en sont au même stade de leur évolution ; ce sont des tubercules crus, il n'y a aucune lésion ulcéreuse. Autour de ces granulations, on trouve des zones congestionnées, et la séreuse a perdu son aspect poli et brillant. C'est probablement autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques que les granulations s'accumulent. Les ganglions mésentériques sont altérés, mais il n'y a pas de fausses membranes, pas d'adhérences.

La forme chronique généralisée, suivant l'époque à laquelle on l'examine, se présente sous trois états qui constituent les variétés ascitique, ulcéro-caséreuse et fibro-adhésive. La première variété est marquée par l'ascite abondante, avec des tubercules crus à la surface de la séreuse dépolie et hyperhémisée. La seconde variété répond au ramollissement caséux et à l'ulcération des tubercules. Les parois de l'abdomen sont congestionnées et épaissies ; les viscères adhèrent entre eux et à la paroi, ils sont eux-mêmes plus ou moins altérés, le grand épiploon est lardacé et rempli de tubercules. Ces adhérences limitent des loges cloisonnées à contenu séreux ou séro-purulent. L'intestin peut se perforer et déverser dans une loge des matières fécales : de là des phlegmons pyostercoraux qui s'ouvrent au dehors et laissent des fistules.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Les

lésions peuvent être transformées par la prolifération fibreuse ; entravées alors dans leur évolution, elles peuvent régresser. C'est un processus de guérison, mais il se fait au prix d'une sclérose qui va déformer les viscères et particulièrement l'intestin ; celui-ci sera rétréci, anormalement fixé par des adhérences, et, n'ayant plus sa mobilité normale, il se contractera mal, se laissera obstruer par des matières, s'étranglera sur une bride fibreuse.

La troisième forme, péritonite tuberculeuse localisée, apparaît autour du cœcum ou sur le péritoine pelvien, ou encore sur la séreuse qui constitue le sac herniaire. Ces formes localisées n'ont de spécial que leur distribution topographique.

Telle est, rapidement esquissée, l'anatomie pathologique des diverses formes classiques.

Mais il y a des formes anormales. Ce sont précisément ces formes de péritonite à début brusque qui simulent diverses autres affections et auxquelles nous nous sommes spécialement intéressé jusqu'ici.

Dans la forme à début aigu simulant certaines fièvres typhoïdes, on trouve des lésions péritonéales généralement assez étendues ; mais les granulations miliaires se condensent et se groupent vers la fosse iliaque, le cœcum et la terminaison de l'iléon. L'inflammation du péritoine et de l'intestin amène une congestion assez vive qui se manifeste par une localisation de la douleur et détermine en quelque sorte du péritonisme local ou général.

Dans la forme à début brusque qui ressemble à l'occlusion intestinale, les lésions peuvent être variables. Tantôt,

en effet, on trouvera une forme adhésive amenant une coudure ou une torsion du viscère, tantôt l'intestin s'étrangle sur une bride fibreuse. Mais les mêmes accidents ne se produisent pas toujours, et, à côté de ces cas, il en est où l'occlusion est toute paralytique, comme dans l'observation de M. Lejars, citée dans la thèse de Guillemare (1). Dans ce fait, dit M. Lejars, « le péritoine ouvert, il s'écoula un peu de liquide clair, séreux, et je tombai sur un épiploon épais très grasseyeux et que le premier examen nous montra parsemé de granulations jaunâtres arrondies, dures, grosses comme des grains de millet ou de chénevis et présentant toute l'apparence des granulations tuberculeuses. En relevant et en tirant au dehors le reste du tablier épiploïque, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue, et au-dessous, l'intestin apparut recouvert des mêmes granulations..... L'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin ; l'S iliaque était distendue tout aussi bien que la première portion de l'intestin grêle. Nulle part de coudure ; partout la surface intestinale était rouge, vascularisée, mais lisse et polie, sans fausses membranes ».

Dans les cas où la péritonite bacillaire à début brusque ressemble à l'appendicite, on trouve généralement aussi un épanchement de liquide dans l'abdomen. Les lésions tuberculeuses consistent en granulations classiques du péritoine arrivées à diverses phases de leur évolution.

1. Guillemare. Thèse de Paris, 1898.

Lorsque les adhérences ont limité un foyer, la nature bacillaire n'apparaît pas toujours, même au moment de l'intervention, et, à côté des cas où l'on tombe sur un foyer caséeux caractéristique, il en est d'autres où la nature tuberculeuse n'est démontrée que par l'évolution ultérieure de la lésion; une fistule stercorale, par exemple, devient de plus en plus grande; de nouveaux foyers de ramollissement apparaissent (Jalaguier) (1).

Souvent aussi il n'y a pas d'adhérences et l'ouverture du ventre montre, après écoulement du liquide ascitique, des granulations miliaires disséminées sur le péritoine pariétal, sur le cœcum, sur l'intestin et l'appendice. Tel était le cas, dans une observation rapportée dans la thèse de Guillemare, chez un petit malade de M. Moizard dont on trouvera plus loin l'histoire; il y avait plus: l'appendice lui-même était profondément altéré. « A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin, et nous pûmes constater sur la séreuse de nombreuses granulations tuberculeuses prédominant sur la face antérieure du cœcum. L'appendice fut enlevé; il était évidemment malade et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cœcum étant de forme et

1. M. Walther, au cours d'une discussion sur ce sujet dans la séance du 30 novembre 1898 à la *Société de chirurgie*, rappelle que l'on peut trouver dans un péritoine enflammé des granulations qui ne relèvent pas de la tuberculose; chez un malade trouvé porteur de semblables granulations, l'examen histologique fait par M. Letulle ne décèle aucune lésion tuberculeuse, mais seulement des lésions d'inflammation simple.

de calibre normal, l'autre renflé en massue, rouge, et présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. Il n'y avait pas d'occlusion de la cavité appendiculaire... la muqueuse était épaissie, tomenteuse, présentant quelques ulcérations ». On pourrait penser que ces granulations n'ont de tuberculeux que l'apparence; on sait, en effet, qu'exceptionnellement le péritoine peut présenter des granulations inflammatoires qui n'ont de tuberculeux que l'apparence. Mais ces granulations inflammatoires, très rares du reste, ne se rencontrent qu'après des inflammations tout à fait chroniques.

Ne peut-on pas voir des appendicites communes chez des tuberculeux, même chez des sujets atteints de péritonite tuberculeuse ? sans doute ; les tuberculeux ne sont nullement à l'abri de l'appendicite. M. Moizard en a observé deux cas ; M. Cathelin en rapporte cinq observations. Ces faits ne sont donc pas tout à fait exceptionnels.

Pourtant les lésions tuberculeuses de l'appendice existent bien réellement. Dans l'observation de M. Moizard, l'examen histologique de l'organe le démontre : « Les coupes de l'appendice faites en deux points différents ont montré, au milieu d'un tissu de sclérose infiltré par zones de cellules rondes embryonnaires, de très nombreux follicules tuberculeux avec de nombreuses cellules géantes. Certains follicules avaient, au centre, un noyau caséeux. Par places, on trouvait des vaisseaux à parois épaissies et même entièrement oblitérés. Sur une des coupes, la muqueuse était entièrement détruite et les follicules formaient la paroi ulcérée de la cavité appendiculaire. Sur

l'autre, on trouvait quelques glandes de Lieberkühn très atrophiées. » (1).

En somme, mises à part les lésions de l'appendice, la tuberculose du péritoine se présente le plus souvent dans ces cas avec des caractères analogues à ceux que l'on trouve le plus communément dans la tuberculose herniaire.

Le péritoine est épaissi, présentant une surface tomenteuse, irrégulière, avec des saillies violacées et en quelque sorte des fongosités ; autour de ces lésions, la séreuse est semée de granulations grises ou rosées sous endothéliales. Souvent on ne trouve que des granulations miliaires disséminées, sans rien qui rappelle les lésions précédentes. Presque toujours il y a production d'une quantité de liquide plus ou moins abondante.

Au microscope, on constate que la paroi conjonctive ou séreuse est enflammée, les cellules y prolifèrent et se multiplient activement ; on y trouve de place en place des cellules géantes autour desquelles on reconnaît les éléments classiques de la granulie tuberculeuse : les noyaux pâles disposés en couronnes, les cellules épithélioïdes, et enfin l'infiltration périphérique par les cellules embryonnaires. Autour de ces lésions, le tissu conjonctif réagit plus ou moins pour aboutir dans les cas les meilleurs à la transformation fibreuse.

1. En outre, ajoutons encore cette remarque de M. Potherat qu'en pareil cas les lésions sont plutôt sous-ombilicales que sus-ombilicales et qu'elles paraissent plus accusées sur le péritoine antérieur que sur le postérieur. Potherat, *Soc. chir.* 30 Novembre 1898.

Ces granulations, ces tubercules, sont d'ordinaire assez profondément situés, mais quelquefois ils se développent immédiatement sous l'endothélium et le soulèvent en saillies évidentes; enfin, la couche endothéliale est généralement très-épaissie. Les figures ci-jointes rendent bien compte de ces lésions.

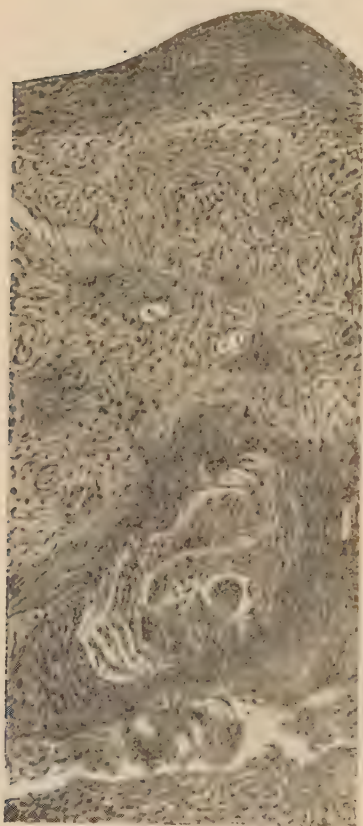


FIG. I.

Tubercule du type fibreux éloigné
de la séreuse épaissie
(Préparation de R. Petit).

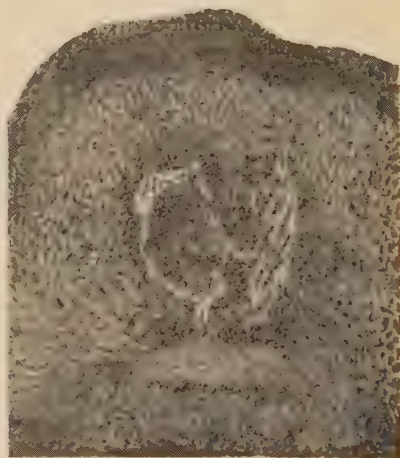


FIG II.

Tubercule fibreux voisin de la
séreuse épaissie et la soulevant
(Préparation de R. Petit).

Les recherches de Rindfleisch (1) sur l'infection des séreuses expliquent ces localisations de la tuberculose. « Lorsque les bactéries arrivent dans un sac séreux, elles s'étendent d'abord sur toute la surface, mais, comme leur action nocive ne s'exerce que peu à peu, elles vont gagner, entre temps où elles peuvent rester sans s'exposer à de nouveaux déplacements, soit les parties profondes des cavités séreuses, soit les plis et les recoins des cavités... c'est là que les néoformations commencent à se développer ; c'est là aussi que, dans tous les cas, nous les trouvons à leur plus parfait état de développement. Enfin, le régime circulatoire de certaines régions du péritoine et des organes qu'il recouvre n'est pas non plus sans influence : « Le tubercule, nous dit Charpy (2), ne s'accommode, ni des organes richement vascularisés, ni de ceux qui le sont trop peu ; il se tient entre les extrêmes, prospérant sur les terrains moyens, sur les organes à circulation paresseuse ».

1. Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*. Traduction de Gross et Schmilh. Paris 1888, p. 318.

2. Charpy. *Revue de chirurgie*, tome IV, page 689, 1884.

OBSERVATION I

Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite.

M. Moizard, *Journal des praticiens*, 7 août 1900.

Un jeune garçon de dix ans est pris brusquement, au retour d'une promenade, de douleur dans la fosse iliaque droite et de vomissements. Deux jours après, les vomissements n'ayant pas reparu et la fièvre se maintenant entre 38°,5 et 39°, je constate de la douleur à la pression et de la défense musculaire au niveau du point de Mac-Burney. A ce niveau, la palpation me donne une résistance profonde. L'état général est excellent, le faciès non altéré, le pouls à 80. Le diagnostic d'appendicite me semble s'imposer, et comme il n'y a aucun symptôme inquiétant, j'institue le traitement par la glace, l'opium, la diète absolue et l'immobilité. La situation s'améliore rapidement, la fièvre tombe; et, les jours suivants, je constate le développement progressif, dans la fosse iliaque droite, d'un empâtement qui bientôt donne la sensation très nette d'une petite tumeur du volume d'une grosse noix, un peu allongée. Le diagnostic semblait donc se confirmer en tous points. Pourtant, je faisais quelques réserves, ayant su que cet enfant, habituellement bien portant, et appartenant à une famille indemne de toute tare tuberculeuse, avait eu, quinze mois avant, une pleurésie qui avait assez rapidement guéri.

L'auscultation et la percussion étaient du reste absolument négatives, aussi bien au niveau de la plèvre antérieurement malade, qu'aux sommets des poumons et dans la région des ganglions bronchiques.

Aussi, malgré la réserve que justifiait cet antécédent, la pleurésie primitive étant, chez l'enfant comme chez l'adulte, presque toujours tuberculeuse, les symptômes étaient si nettement en faveur de l'appendicite, (l'observation démontrant du reste qu'un tuberculeux peut être atteint d'appendicite non bacillaire), que c'est à ce diagnostic que je me fixai.

Aussi, lorsque la poussée aiguë fut définitivement enrayée, l'ablation à froid de l'appendice fut décidée. L'opération nous montra combien notre réserve était justifiée, et aurait dû être plus explicitement formulée.

Aussitôt le péritoine ouvert, en effet, il s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin, et nous pûmes constater sur la séreuse de nombreuses granulations tuberculeuses prédominant sur la face antérieure du cœcum. L'appendice fut enlevé ; il était évidemment malade, et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cœcum étant de forme et de calibre normal ; l'autre, terminale, renflée en massue, rouge, présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. Il n'y avait pas d'occlusion de la cavité appendiculaire qui contenait quelques matières fécales : la muqueuse était épaissie, tomenteuse, présentant quelques ulcérations.

L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse des lésions de l'appendice. Les coupes, faites en deux points différents, ont montré, au milieu d'un tissu de sclérose infiltré par zones de cellules rondes embryonnaires, de très nombreux follicules tuberculeux avec de nombreuses cellules géantes. Certains follicules avaient, au centre, un noyau caséux. Par places, on trouvait des vaisseaux à parois épaissies ou même entièrement oblitérés. Sur une des coupes, la

muqueuse était entièrement détruite et les follicules formaient la paroi ulcérée de la cavité appendiculaire. Sur l'autre, on trouvait quelques glandes de Lieberkühn très atrophiées.

Cet examen histologique est des plus intéressants puisqu'il démontre l'existence d'une appendicite tuberculeuse. Il y avait donc bien appendicite, et c'était l'appendice tuméfié et la péri-appendicite qui donnaient certainement cette tuméfaction constatée dans la fosse iliaque droite. Les suites de l'opération furent des plus simples ; mais la cicatrisation se produisit très lentement.

OBSERVATION II (Résumée).

M. Moizard, *Journal des praticiens*, 7 août 1900.

Il y a deux ans, je montrai à mon collègue Brun un enfant qui avait été pris brusquement de douleurs de ventre du côté droit avec vomissements. Tout d'abord j'avais songé à l'appendicite, mais la douleur était peu violente, son maximum était nettement à trois travers de doigt au-dessus du point de Mac-Burney, la défense musculaire était peu marquée. Nous pûmes, au bout de quelques jours, éloigner toute idée d'appendicite et admettre que cet enfant, fils de tuberculeux et habitant une maison où plusieurs enfants avaient présenté d'autres manifestations bacillaires, avait un petit foyer de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION III

M. Moizard, *Journal des praticiens*, 7 août 1900.

J'ai observé, il y a un an, dans mon service, un fait du même genre. Il s'agissait d'un enfant qui m'était envoyé avec le diagnostic d'appendicite à rechutes pour être opéré à l'hôpital. Son histoire était calquée sur les observations classiques d'appendicite à rechutes. C'était après la troisième crise qu'on me l'envoyait.

Je n'admis cependant pas cette opinion. L'examen du ventre me démontra l'existence d'un empâtement diffus donnant très nettement la sensation du gâteau péritonéal et existant aussi bien dans la fosse iliaque gauche qu'à droite. De plus, il y avait des signes d'adénopathie bronchique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse à poussées successives fut fait et vérifié par l'évolution des accidents. Le repos, des petits vésicatoires répétés sur l'abdomen amenèrent une amélioration sensible ; le malade sortit à peu près guéri de l'hôpital.

OBSERVATION IV

M. Lejars. *Société de chirurgie*, 15 juin 1898.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, journalière, qui était entrée en mars 1896, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dalché, pour des accidents péritonéaux graves, qui paraissaient d'origine appendiculaire.

Le 27 mars. — Notre collègue voulait bien nous la montrer. Très pâle, les traits tirés, elle se présentait alors sous un

aspect général des plus inquiétants. L'affection avait débuté brusquement quatre ou cinq jours auparavant par des douleurs et des vomissements, et il était impossible de rien retrouver de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle la racontait. Les vomissements avaient continué : ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porracés ; la constipation était opiniâtre, sans qu'il y eût d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait, les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières durcies.

Quand je vis la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation que cette douleur rendait du reste fort malaisée, décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 128, petit, la température de 38°,5, le facies très mauvais.

Le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite généralisée nous sembla s'imposer, et notre pronostic fut des plus réservés. Toutefois une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard, dans l'après-midi.

Sous l'éther, la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouva une tension plus grande, et peut-être une vague fluctuation ; en somme, la sensation était celle que l'on a souvent lors d'appendicite sans foyer circonscrit.

Je fis l'incision iliaque ordinaire : les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal ; le péritoine incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et j'ar-

rivai tout de suite sur le cœcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'une série de granulations miliaires, qui me firent penser immédiatement à la tuberculose. Sur le cœcum, amené au dehors, je constatai le même semis granuleux ; et l'épiploon, attiré à son tour, en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale me parut dès lors évident, et je me contentai d'exciser un petit fragment d'épiploon pour l'examen microscopique. La plaie fut refermée suivant le mode ordinaire.

Je m'attendais à voir succomber la malade, et c'était sans grand espoir que je lui fis faire d'abondantes injections sous cutanées de sérum artificiel. Pourtant le lendemain, je la retrouvais dans une situation plutôt meilleure : elle n'avait que très peu vomi, la température restait à 38°, le pouls était meilleur.

Cette atténuation des accidents se poursuivit et s'accrut les jours suivants, l'appétit reparut, les douleurs cessèrent en grande partie, le facies redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis le calme se fit, et, au bout de trois mois, l'amélioration était assez notable pour que la malade pût quitter l'hôpital.

OBSERVATION V (Résumée).

M. Bousquet. *Société de chirurgie*, 15 juin 1898.

Dans cette observation, il s'agit d'une femme mariée depuis quatre ou cinq mois. Elle avait une température

élevée, des vomissements et un ballonnement du ventre qui me firent croire à des accidents péritonéaux dûs à une salpingite par infection. Je fis la laparotomie et je trouvai deux fragments d'épiploon infiltrés de granulation, que je réséquaï. Les annexes étaient seulement un peu rouges. — Je fis un lavage.

J'eus l'occasion de revoir la malade cinq à six mois après ; la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION VI

(M. Routier. *Société de chirurgie*, 15 juin 1898).

A l'occasion de la discussion soulevée par M. Lejars, M. Routier rapporte le fait suivant :

J'étais appelé le 3 juin, par mon collègue Guinon, pour voir à Necker une femme de son service, entrée à la crèche pour des phénomènes d'embarras gastrique qui avaient débuté le 19 mai.

Le 30 mai. — A l'hôpital, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements, d'abord bilieux, puis bientôt noirâtres, en même temps qu'elle avait une diarrhée abondante et fétide.

Le 1^{er} juin. — La douleur se fixait dans la fosse iliaque et, malgré la médication, les accidents augmentaient, de telle sorte que je fus mandé auprès d'elle le 3, pour des accidents très menaçants.

Le pouls était petit et fréquent, 120 ; la température, 38. ; le facies grippé, anxieux, le ventre était très ballonné, beaucoup plus douloureux à droite ; elle signalait elle-même, comme point du maximum de la douleur, le point de MacBurney.

La palpation permettait seulement de se rendre compte de cette douleur et du plan musculaire très résistant à droite.

L'utérus était mobile, indolent, rien aux annexes ; cependant, sur le côté droit du petit bassin, je sentais une tumeur dure, allongée, immobile. Pas de gaz, vomissements fécaloïdes à pleines cuvettes. J'acceptai et confirmai le diagnostic d'appendicite, et, portant un pronostic très grave, aggravé par cette diarrhée fétide, je proposai néanmoins l'intervention.

Laparotomie latérale le 3 juin. Ecoulement d'une assez grande quantité de sérosité louche, ce que nous comparons au bouillon sale ; le petit bassin en est plein.

L'appendice libre n'est pas malade ; le cœcum est libre, mais l'épiploon, chargé de tubercules, est réséqué ; la trompe, très rouge, a ses franges, et présente un semis de granulations ; l'ovaire est sain.

La face externe du côlon ascendant est comme infiltrée de matière jaune.

Sur la face externe du petit bassin, le péritoine rouge et épaissi, recouvrait deux tumeurs allongées, qui étaient les ganglions situés à la bifurcation de l'iliaque.

J'épongeai et lavai la cavité qui n'était nullement protégée par des fausses membranes ; deux drains furent placés avec deux mèches.

Les vomissements furent de suite arrêtés, l'intestin reprit ses fonctions.

Le 13 juin. — La malade allait très bien, nous avons retiré les drains et les mèches.

Elle est aujourd'hui en très bon état.

OBSERVATION VII.

(M. Tuffier. *Société de chirurgie*, 30 Novembre 1898).

Cette observation a trait à une petite fille de dix ans, entrée à la Pitié. Elle présentait, depuis huit mois, des douleurs dans la fosse iliaque droite. Six semaines avant son entrée, elle avait eu une poussée aiguë.

L'opération, pratiquée le 13 Mai, me fait trouver dans la fosse iliaque une surface épaissie, indurée, jaunâtre, qu'on incise et qui est le péritoine pariétal épaissi, formant une plaque à indurations jaunâtres.

Le cœcum, adhérent à l'épiploon et à l'appendice, formait une masse dure. En décollant l'appendice, on s'assure qu'il est uni au cœcum par une matière jaunâtre caséeuse. On résèque l'épiploon et l'appendice, on touche au thermocautère la partie sectionnée. On fait la cautérisation très profonde de la muqueuse. On ferme l'appendice en bouchon de champagne, puis on l'enferme sous une suture à la Lembert.

On cautérise au fer rouge toute la surface cœcale adhérente, et on s'assure que les épaississements constatés dans son épaisseur ne dépassent pas la partie superficielle du cœcum.

On résèque le péritoine dans toute l'étendue des adhérences et on y trouve de nombreux foyers d'induration jaunâtres, puis on procède à la suture de cette perte de substance. On fait ensuite l'extirpation de tous les ganglions rétrocœcaux remontant jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Fermeture de la paroi au catgut. Pas de drainage.

Pièces anatomiques. — L'appendice présente en son milieu une induration fibreuse, le séparant nettement en deux parties : l'une saillante, globuleuse à l'extrémité ; l'autre paraissant normale.

On recherche la perméabilité de l'appendice, d'abord avec un stylet, puis avec un crin, mais on est toujours arrêté au niveau du noyau fibreux. On ouvre la cavité aux ciseaux et on trouve nettement que la muqueuse s'arrête au niveau du noyau induré sur une longueur de 4 à 5 millimètres.

L'extrémité de l'appendice est arrondie, et, dans la cavité, on trouve un peu de liquide presque transparent. La muqueuse est saine, non vascularisée.

Ganglions. — Ils sont au nombre de cinq, de la grosseur d'une fève. A leur ouverture, deux présentent dans leur milieu quelques foyers hémorragiques perdus dans une substance grisâtre. Mais, dans aucun d'eux, on ne trouve de noyaux tuberculeux.

Péritoine. — La portion du péritoine enlevée présente, à la coupe, des noyaux caséux, très nets, probablement de nature tuberculeuse.

Les pièces anatomiques ont été dessinées et confiées à M. Macaigne, chef du laboratoire des hôpitaux, pour leur étude histologique.

Examen de ganglions et d'un fragment péritonéal. — Le ganglion est farci de follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes. Je n'y ai pas pu colorer les bacilles de Koch, mais l'examen histologique suffit ici pour imposer le diagnostic de tuberculose.

Examen d'un appendice. — Cet appendice a été coupé en 4 points de sa longueur. Chacun de ces points a fourni sur les

coupes à peu près le même aspect, avec simplement une différence dans l'intensité des lésions de la muqueuse.

Les lésions consistent essentiellement dans une folliculite intense.

Au premier degré, les follicules sont hypertrophiés et gorgés de petites cellules inflammatoires. Puis leur inflammation devient assez intense, et peu s'en faut que les follicules désagrégés ne se fassent, jour et ne vident leur contenu dans la lumière du canal appendiculaire. Certaines coupes montrent même à la place des follicules une cavité, mais cela doit résulter d'un artifice de préparation. Quant à la muqueuse, elle est épaissie, enflammée, mais sa couronne de glandes est généralement intacte, les glandes sont séparées par des bandes d'infiltrations embryonnaires épaissies.

La paroi musculaire est épaissie et non dissociée. Mais, dans certains interstices musculaires, on voit éliminer d'autres traînées embryonnaires, révélant la lymphangite à direction centrifuge. Ces traînées de lymphangite aboutissent à des amas inflammatoires sous-péritonéaux.

Au microscope, elle correspond à un épaississement amputif en voie d'organisation, et on assiste là à la formation d'une nappe de tissu fibro-vasculaire dont on voit le stade initial aux dépens d'une simple infiltration inflammatoire. Là aussi existent des foyers sanguins dont les caillots, envahis par les cellules vaso-formatives, commencent à subir l'organisation et la transformation conjonctives.

La couche celluleuse sous-muqueuse montre des faisceaux conjonctifs assez épais, ce qui indique un processus déjà ancien.

Pas trace de tuberculose.

OBSERVATION VIII

M. Tuffier. *Société de Chirurgie*, 30 novembre 1898.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, grande, maigre, ayant présenté dans son enfance des signes d'induration du sommet pulmonaire droit, dont il ne reste plus de traces actuellement. Je l'ai opérée le 17 mai 1897, pour une appendicite à froid. En août 1896, elle avait présenté des accidents douloureux fugaces dans la fosse iliaque droite, et, depuis cette époque, elle avait eu deux crises légères d'appendicite.

En mai 1897, mes collègues Chauffard et Bouilly et moi-même avons suivi la phase aiguë et péritonitique classique d'une appendicite que nous laissâmes s'éteindre. Pendant l'opération, je trouvai, au niveau de l'appendice, de gros noyaux arrondis, jaune caséeux, occupant le péritoine pariétal près du cœcum, les franges épiploïques cœcales et le méso-appendice. Je réséquai l'appendice et je fermai à la Lembert l'orifice intestinal.

J'enlevai les masses caséeuses, je cautérisai le tout au thermocautère. Le cœcum était souple sans induration, et sans aucune lésion apparente.

Ma malade guérit sans incident. Depuis dix-huit mois, elle n'a eu aucune trace de tuberculose péritonéale et actuellement elle-même a bien une grossesse.

L'examen histologique des masses caséeuses n'a pu être pratiqué, et je ne puis donner ici que notre conviction à tous qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Quant à l'appendice, voici l'examen qu'en a fait M. Chaillous au laboratoire de M. Chauffard.

Examen de M. Chatllous au laboratoire de M. Chauffard. — L'appendice, fixé à l'alcool, est inclus dans le collo-dion, coloré à l'éosine et à l'hématoxyline. Les coupes sont faites en séries, de l'extrémité libre vers l'extrémité cœcale.

L'examen des différentes coupes à un faible grossissement, permet de voir que la lumière de l'appendice, bien que très rétrécie à sa partie moyenne, n'est pas oblitérée. Les parois sont épaissies; l'hypertrophie semble surtout porter sur la sous-muqueuse.

L'extrémité libre de l'appendice et la portion avoisinante sont plus hypertrophiées que le reste de l'organe. Les parois mesurent, dans cette région, 5 millimètres d'épaisseur.

La muqueuse est infiltrée de quelques éléments embryonnaires : son épithélium est en bon état, les noyaux des cellules se colorent bien, ses glandes sont allongées et dilatées.

Les follicules sont peu hypertrophiés.

La sous-muqueuse est trois fois plus épaisse qu'à l'état normal ; au milieu d'un tissu conjonctivo-fibreux se trouvent quelques alvéoles graisseux. Les capillaires et les lymphatiques sont dilatés, quelques-uns sont entourés de petits amas de cellules rondes ou sont obstrués par des leucocytes.

La couche musculaire est également infiltrée d'éléments embryonnaires ; néanmoins elle est à peine dissociée.

La couche sous-péritonéale contient aussi de nombreux vaisseaux dilatés, des amas cellulaires, de nombreux globules rouges extravasés.

Dans la portion moyenne, la lumière est très rétrécie. L'épithélium de la muqueuse est conservé ; les glandes sont atrophiées ou ont disparu, les follicules clos sont volumineux. Les lésions de la sous-muqueuse et celles de la couche mus-

culaire sont identiques à celles que nous avons décrites plus haut.

Dans la portion de l'appendice qui se rapproche du cœcum, les follicules clos sont hypertrophiés, quelques-uns font saillie dans la cavité. Le chorion muqueux est très infiltré par les éléments embryonnaires qui se répandent dans la sous-muqueuse, formant de longues traînées.

Le méso-appendice est infiltré de graisse, de cellules embryonnaires, de globules rouges. Les vaisseaux, très dilatés, ont des parois épaisses. La dilatation des vaisseaux et l'ex-travasation des globules rouges se trouvent d'ailleurs dans tous les appendices enlevés chirurgicalement et doivent être dûes au traumatisme opératoire.

Nous avons recherché avec le plus grand soin les cellules géantes, surtout dans les follicules et au voisinage des vaisseaux ; nous n'en avons pas rencontré. La muqueuse ne présentait pas de lésions pouvant faire penser à la tuberculose. La recherche des bacilles de Koch dans les coupes n'a pu être faite.

OBSERVATIONS IX ET X (Résumées).

M. Broca. *Société de chirurgie*, 30 novembre 1898.

Au cours de la discussion sur la péritonite tuberculeuse, M. Broca cite les faits suivants :

« J'ai souvenir d'avoir commis une fois, sans réserves, l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse em-pâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait

bien un passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés ; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose. Mais, en présence de l'état local, je conclus à l'appendicite et, quelques jours après, la fièvre persistant, je fis la laparotomie : je tombai sur un foyer d'adhérences plus que suspectes et je m'en tins là. L'enfant ne fut pas améliorée et, après quelques semaines, elle succomba après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

Chez une autre enfant que m'a fait opérer à Trousseau mon ami Netter, nous discutâmes longuement entre les deux diagnostics et nous restâmes dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences et l'enfant mourut en trois mois environ.

OBSERVATION XI

M. Broca. *Société de chirurgie*, 30 novembre 1893.

Le 24 mars 1893. — Je fus appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau pour un enfant de huit ans chez lequel existaient, depuis sept jours, des accidents péritonéaux à début brusque, avec météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation.

L'interne de garde avait cru à de l'appendicite. Mais je ne trouvai rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant d'ailleurs l'exploration peu nette ; la douleur à la pression était diffuse et, en raison des accidents abdominaux assez accusés (deux ans de date), avec augmentation de volume du ventre, je conclus à une péritonite tuberculeuse.

Un doute étant permis, j'incisai sur la fosse iliaque : l'appendice était sain et je trouvai, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage, ni drainage.

Le ballonnement a vite cessé, la fièvre est tombée et, au bout d'un mois, l'enfant sortait, opératoirement guéri. Il a continué à s'améliorer ; les nodosités, faciles à percevoir après cessation du météorisme, se sont résorbées ; depuis 1895, le ventre est souple ; j'ai revu l'enfant guéri il y a cinq à six mois.

OBSERVATION XII

M. Brun. *Société de chirurgie*, 23 novembre 1898.

Dans cette observation, il s'agit d'une grande fille de 14 ans qui, depuis plusieurs semaines, se trouvait dans le service du professeur Grancher où elle était entrée pour une faiblesse générale extrême et une coloration bronzée de la peau qui avaient fait émettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison.

Sans raison appréciable, elle fut prise, au mois de novembre 1897, d'une violente douleur du côté droit du ventre, avec vomissements et diarrhée. Rapidement les phénomènes s'aggravèrent, et lorsqu'on me montra l'enfant le 1^{er} décembre au matin, son facies était grippé, la température était à 39,8, et le pouls était absolument impossible à sentir au niveau des radiales. La pression du ventre était douloureuse, surtout du côté droit ; aussi n'hésitai-je pas à porter le diagnostic de péritonite septique généralisée à point de départ

probablement appendiculaire, et à formuler un pronostic des plus sombres. J'intervins immédiatement et je fis dans la fosse iliaque droite l'incision habituelle de l'appendicite. Dès que le péritoine fut ouvert, je reconnus mon erreur. Péritoine pariétal et viscéral étaient, comme chez mon premier malade, couverts de granulations miliaires, mais, à côté de ces lésions récentes et évidemment causes des accidents aigus, il existait des masses caséuses disséminées unissant l'épiploon à l'intestin et les anses intestinales entre elles. En divers points, au milieu de ces adhérences, se trouvaient des poches ascitiques que je pus évacuer. Je lavai le ventre à l'eau bouillie, je touchai les masses caséuses avec le naphthol camphré et je drainai. J'avais, je l'avoue, peu confiance dans les résultats de mon intervention. Contrairement à mon attente, et grâce peut-être aux injections de sérum qui furent largement utilisées, je trouvai le lendemain mon opérée moins malade que la veille. Le poulx, bien que filiforme, pouvait être senti et compté ; il n'y avait plus eu de vomissements, la figure était meilleure. Dans les jours qui suivirent, l'amélioration continua et, cinq mois après son opération, ma petite malade pouvait être envoyée à Berk. Je l'y ai revue récemment et tout me fait espérer que la guérison sera durable.

OBSERVATION XIII

M. Brun. *Société de chirurgie*, 23 Novembre 1898.

Cette observation a trait à un jeune garçon de six à sept ans. Il était entré à l'hôpital dans le service de médecine,

présentant les signes habituels d'une péritonite aiguë à localisation sous-hépatique. Les accidents étaient survenus après une chute dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier, et lorsque je vis le malade, je pensai à une déchirure hépatique et à une péritonite consécutive. J'émis dès ce moment l'opinion qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire, mais la température s'étant abaissée quelque peu, cette intervention fut différée et je ne la pratiquai que dix jours environ après le début de la maladie. L'ouverture du ventre que je fis sur le bord externe du muscle droit, du côté droit, me montra un péritoine viscéral et pariétal couverts d'une quantité infime de granulations miliaires. J'évacuai un litre de liquide ascitique et, après avoir touché la surface péritonéale malade avec des tampons imbibés de naphthol camphré, je refermai le ventre. Dès le lendemain de mon opération, la température devint et resta normale, et, un mois après, l'enfant était en état de partir en convalescence à Forges. J'ajoute que cette amélioration n'a pas été passagère ; j'ai revu mon petit opéré cette année même, quatre ans après mon opération, et son état, aussi bien local que général, était absolument satisfaisant.

OBSERVATION XIV

M. Quénu. *Société de Chirurgie*, 23 novembre 1898.

Péritonite tuberculeuse à début simulant l'occlusion intestinale ou l'appendicite.

Cette observation est relative à une dame d'une trentaine d'années que j'avais opérée au mois de juillet 1895 pour une

salpingite. Cette opération avait été extrêmement laborieuse et avait nécessité une double attaque par la voie abdomino-vaginale : il s'agissait de lésions anciennes, déjà sèches, non suppurées, extrêmement adhérentes ; les trompes et les ovaires étaient perdus dans un magma d'adhérences ; les parois tubaires étaient très épaissies, comme fibroïdes ; rien n'autorisait à supposer la nature tuberculeuse de ces lésions.

L'opération fut suivie de guérison, mais, vers la fin de septembre, je fus rappelé par dépêche auprès de la malade pour des accidents d'occlusion intestinale, accidents très menaçants : absence de gaz par l'anus depuis quatre jours, vomissements bilieux et fécaloïdes, pas d'élévation de température, le tableau était complet. Je pensai à des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure et je pratiquai une incision iliaque qui pût à la fois me servir à l'exploration digitale et à l'établissement d'un anus contre nature.

Le péritoine ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de liquide ; le doigt, introduit dans l'abdomen, je constatai que toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre et je bornai là mon intervention.

Tous les accidents d'obstruction disparurent immédiatement. La malade succomba ultérieurement aux progrès de sa péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XV

M. Quénu. *Société de chirurgie*, 23 novembre 1898.

Dans ma deuxième observation, les premiers symptômes de la péritonite simulèrent une crise d'appendicite aiguë. La malade était une fillette d'une douzaine d'années, délicate, très nerveuse, et placée dans un pensionnat de religieuses à Paris. Elle fut prise un beau jour subitement, sans aucun prodrome, d'une douleur vive dans le ventre, avec prédominance manifeste dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, suppression de l'émission des gaz, vomissements, élévation modérée du thermomètre, fréquence du pouls.

Le médecin ordinaire pensa à une appendicite et appela en consultation le docteur Hutinel. Ce dernier n'émit aucun doute sur le diagnostic et conseilla, en présence de la sévérité des accidents, une intervention chirurgicale.

A mon tour, j'examinai la jeune malade et portai le diagnostic d'appendicite aiguë. Je fis de suite (c'était un vendredi soir) l'incision classique en dehors du bord externe du muscle droit ; le péritoine ouvert, il s'écoula un liquide clair ; j'allai vers le cœcum et l'appendice et fus surpris de ne trouver aucune tuméfaction iliaque. D'autre part, la surface séreuse était criblée de petites granulations miliaires grises, presque transparentes, extrêmement petites. Je refermai complètement le ventre sans drainage. Immédiatement les douleurs abdominales s'apaisèrent, les vomissements disparurent, la température baissa, et, dès le lendemain, des gaz furent expulsés par l'anus.

Le lendemain samedi, la situation était très satisfaisante ; le dimanche matin, même sédation pour les symptômes abdominaux, mais apparition d'une céphalalgie tenace et reprise de la fièvre. M. Hutinel, appelé le lundi matin, reconnut des accidents de congestion méningée, vraisemblablement dûs à une poussée tuberculeuse, et l'enfant succomba dans la journée.

OBSERVATION XVI

M. Lejars. *Société de chirurgie*, 15 juin 1898.

Il s'agit d'un jeune homme de 35 ans, commis des postes, qui est entré à l'hôpital Beaujon le 15 janvier dernier. Je le vis dans le service de M. Debove qui avait bien voulu me faire appeler ; la face était pâle, anxieuse, un peu grippée, le pouls fréquent et assez petit, la langue très sale, d'un blanc jaunâtre ; il y avait eu la veille et dans la nuit, des nausées et quelques vomissements sans caractère ; pas de selles depuis plusieurs jours, mais quelques émissions gazeuses ; le ventre était gros, surtout distendu dans la région sus-ombilicale, d'une consistance uniformément pâteuse, sans induration, sans relief en aucun point ; la palpation était peu douloureuse, sauf dans le flanc et la fosse iliaque droite, et encore n'était-ce là qu'une sensation diffuse, une localisation, et que la pression seule réveillait.

Le malade était d'apparence très vigoureuse, solidement musclé, et, dans ses antécédents, que son état de torpeur un peu étrange rendait d'ailleurs assez difficile à élucider, on ne retrouvait à noter que l'existence antérieure d'une crise un peu analogue, et qui avait cédé spontanément.

Bien qu'il fût entré à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale et que ce fût là, en réalité, une des hypothèses les plus plausibles, il manquait quelques éléments d'importance majeure ; les vomissements, en somme, rares et uniquement bilieux, les quelques gaz rendus par l'anus, au moins la veille, la consistance du ventre, cadraient mal avec le diagnostic d'iléus, tout au moins d'iléus vrai ; et, d'autre part, la brusquerie du début, la santé excellente, et l'absence complète de tout accident abdominal, depuis cette crise mal définie et passagère dont il évoquait seulement le vague souvenir, tout cela ne permettait guère de conclure de prime abord à un processus péritonéal chronique.

Toujours est-il que je crus sage d'attendre avant de recourir à une intervention opératoire, le malade se trouvant dans les meilleures conditions pour être soumis à une surveillance constante. On appliqua une vessie de glace sur le ventre, et l'on donna un lavement électrique qui ne fut d'ailleurs suivi d'aucun résultat.

Le lendemain, 20, l'état restait pourtant le même ; le pouls conservait les mêmes caractères, les vomissements étaient toujours très rares et composés seulement d'un peu de liquide bilieux, le ventre n'était pas plus tendu. L'idée d'une obstruction ou d'une pseudo-occlusion paralytique semblait se confirmer. M. Labbé, interne du service, administra un second lavement électrique sans plus d'effet.

Dans la nuit, la situation se modifia grandement. Le 21, à 9 heures, on me présentait une pleine cuvette d'un liquide épais, brunâtre, dont l'aspect et l'odeur ne me laissaient aucun doute : c'était un vomissement fécaloïde, et il était même si caractéristique que je le fis porter à l'amphithéâtre

pour le présenter aux élèves. Le facies était grippé, le pouls très petit, les mains froides, le ventre fortement distendu, surtout dans sa moitié supérieure.

Une demi-heure après, un peu au regret d'avoir attendu 48 heures pour intervenir je pratiquai la laparotomie, en présence de M. le professeur Debove et de M. Théophile Anger. Me guidant sur la zone de distension maxima de l'abdomen, je fis une incision sus-ombilicale : le péritoine ouvert, il s'écoula un peu de liquide clair, séreux, et je tombai sur un épiploon épais, très gras, et que le premier examen nous montra parsemé de granulations jaunâtres, arrondies, dures, grosses comme des grains de millet et de chénevis, et présentant toute l'apparence des granulations tuberculeuses ; en relevant et en tirant au-dehors le reste du tablier épiploïque, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue, et, au-dessous, l'intestin apparut couvert des mêmes granulations.

Nous avons donc affaire à une péritonite tuberculeuse miliaire ; l'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin grêle ; nulle part de coudures, partout la surface intestinale était rouge, vascularisée, mais lisse et polie, sans fausses-membranes.

Après cette recherche, qui fut rapidement faite, il ne restait plus qu'à fermer le ventre, purement et simplement, ce qui fut exécuté, comme d'ordinaire, par une réunion à deux plans de la paroi et la suture de la peau.

Le malade se réveilla sans peine ; l'opération avait duré une vingtaine de minutes. Dans la soirée, il allait spontanément

ment à la selle, et une garde-robe copieuse témoignait de la brusque cessation de l'occlusion paralytique.

Dès lors les vomissements ne reparurent pas, et l'état généraux'améliora très vite. Il n'y avait pas de fièvre, le pouls était bon, les selles étaient régulières, et le malade s'alimentait. La plaie abdominale se réunit sans incident.

Pourtant, si les accidents étaient subitement tombés à la suite de l'intervention, ce n'était point là une guérison. Le malade restait pâle, il ne reprenait que lentement ses forces, il ressentait de temps en temps quelques douleurs dans le ventre ; il avait notablement maigri.

Ce fut dans cet état, en somme assez inquiétant, qu'il sortit de l'hôpital le 1^{er} mars.

Depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration ; l'appétit est excellent, les fonctions intestinales régulières. Le ventre reste souple, à peine sensible en quelques points. L'avenir dira si la laparotomie, pratiquée pour remédier à des accidents aigus de pseudo-occlusion, aura produit, ici encore, une sorte d'action d'arrêt sur l'évolution de la tuberculose péritonéale.

dans la fosse iliaque droite. On s'appuiera surtout pour faire le diagnostic, sur les données suivantes : « Dans la fièvre typhoïde, la défense abdominale à la pression est beaucoup moins vive, beaucoup moins marquée que dans l'appendicite ; l'hyperesthésie de la paroi moins prononcée ou nulle ; enfin les symptômes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se montrent dans une appendicite d'emblée d'apparence aussi grave » (Moizard).

Ce sont, comme dit notre maître, des nuances qu'il faut savoir saisir et apprécier, car elles peuvent éviter au malade une opération inutile et même dangereuse ; après quelques jours, tout pourra se calmer, puis rentrer dans l'ordre.

Voici, du reste, un des exemples sur lesquels M. Moizard (1) base son opinion : « Il y a quelques semaines, on amenait dans mon service, à l'hôpital des Enfants-Malades, une fillette de douze ans, dont l'histoire clinique était des plus intéressantes. Bien portante habituellement, nerveuse et fille de nerveuse, cette enfant avait été prise dix jours auparavant, et très brusquement, de fièvre intense, de vomissements répétés et d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. Pendant les premiers jours, la douleur de ventre avait été si vive, sa localisation au point de Mac-Burney si nette, que la possibilité d'une appendicite avait été discutée et admise pendant quelques heures. L'intensité de la fièvre, l'état général moins mauvais qu'il n'aurait dû l'être avec des symptômes aussi intenses, le peu de défense de la paroi

1. Moizard. *Journ. de méd. et chir.*, 10 Juillet 1899.

abdominale, légitimaient une hésitation que venait lever au huitième jour l'apparition des taches rosées lenticulaires. Quand la malade fut amenée dans mon service au dixième jour de la maladie, la question d'appendicite ne se posait même plus, et je fus étonné de voir, aussi complètement, aussi définitivement calmé, un orage dont des renseignements très précis m'apprenaient l'intensité.

Tout était fini, en effet. La palpation au niveau de la fosse iliaque déterminait à peine de sensation douloureuse ; il n'y avait ni défense de la paroi, ni empâtement profond, et je me trouvais en présence d'une fièvre typhoïde banale qui a du reste évolué d'une façon tout à fait normale. La malade est actuellement en pleine convalescence, et ne présente aucune trace des accidents si intenses, et en apparence si menaçants qui avaient marqué le début de la maladie.

Il est donc très important de se rappeler qu'il y a des cas très rares, il est vrai, dans lesquels la fièvre typhoïde peut débiter brusquement, avec des vomissements plus ou moins abondants, plus ou moins répétés, accompagnés de douleurs si intenses dans la fosse iliaque droite, et si nettement limitées au point de Mac-Burney, que le diagnostic d'appendicite peut paraître s'imposer pendant quelques jours et que des médecins et des chirurgiens expérimentés ont pu commettre en pareil cas l'erreur de pratiquer la laparotomie ».

Ce diagnostic avec la fièvre typhoïde a été bien étudié par Guillemare dans sa thèse ; avec lui nous dirons que, dans la tuberculose, « le début est généralement moins brusque ; l'ascension thermométrique du soir, quoique

très-marquée, est beaucoup moins évidente. Les facultés intellectuelles sont d'ordinaire mieux conservées ; la diarrhée est moins constante et souvent suivie immédiatement de constipation ; la douleur abdominale est plus vive souvent et moins bien localisée à la fosse iliaque droite, la langue est aussi moins fuligineuse est moins tremblotante. Enfin les tâches rosées lenticulaires sont rares ».

Guillemare ajoute que, grâce au procédé de séro-diagnostic de Widal, l'erreur n'est plus permise aujourd'hui. « Hésite-t-on un instant entre dothiéntérie et péritonite tuberculeuse aiguë ? On retire quelques gouttes de sang de la pulpe d'un doigt du malade, on en extrait une goutte de sérum que l'on mélange dans un tube à expérience avec dix gouttes d'un bouillon de culture de bacille d'Eberth. Si, sous le microscope, une préparation de ce mélange montre une agglutination des microbes, on a affaire à une fièvre tyhoïde ; si les bacilles ne se réunissent pas en amas, c'est d'une tuberculose péritonéale aiguë qu'il s'agit ».

Ici, nous cessons complètement de partager la manière de penser de M. Guillemare. Certes, la séro-réaction de Widal est une importante découverte qui facilite singulièrement en général le diagnostic de fièvre typhoïde, et nous n'en voulons point discuter la valeur. Mais au début de la dothiéntérie, la séro-réaction n'existe pas toujours, et le diagnostic n'est pas aujourd'hui même aussi facile que semble le croire M. Guillemare. Du reste, voici comment s'exprime à ce sujet notre savant maître M. Moizard : « Il n'est pas possible en pareil cas de compter sur le séro-diagnostic pour éclairer le praticien ; les acci-

dents que j'ai indiqués se montrent tout à fait au début de la fièvre typhoïde, et, à ce moment, la méthode de Widal ne donne pas le plus souvent de résultat. »

Est-ce à dire qu'il faille renoncer à ce moyen ? Assurément non, mais on ne pourra y attacher d'importance que lorsqu'il aura donné un résultat positif. Si les bacilles de la culture ne sont pas agglutinés par la goutte de sérum, le doute doit persister et la question de savoir s'il s'agit de dothiéntérie ou de tuberculose reste pendante. Il y a donc des cas où le diagnostic est impossible ; c'est à l'évolution ultérieure de la maladie qu'il faut demander la clef du diagnostic.

Il pourrait être difficile de ne point confondre certaines formes de péritonite tuberculeuse pelvienne avec la salpingite, mais ici le toucher vaginal et le toucher rectal seront d'un grand secours ; enfin les antécédents personnels de la malade seront recherchés avec soin et l'on tiendra compte des pertes blanches antérieures et de leurs caractères.

Nous avons vu que la péritonite bacillaire pouvait simuler l'occlusion intestinale, soit que l'intestin s'étrangle sur une bride, soit qu'il y ait obstruction par paralysie intestinale. Dans le premier cas, le diagnostic est extrêmement difficile : l'occlusion existe réellement avec tous ses symptômes. Pour arriver à éclairer le diagnostic, il faudra, suivant le conseil de M. A. Broca, rechercher dans les antécédents personnels les moindres signes de péritonite tuberculeuse torpide. Dans l'obstruction par paralysie intestinale, le ventre est uniformément ballonné et le toucher rectal montre que la portion terminale de

l'intestin est tout aussi distendue que sa partie supérieure sans qu'il soit possible de sentir un obstacle.

Dans ces conditions, on envisagera successivement les causes capables d'amener la paralysie de l'intestin et, en procédant par élimination, il pourra être possible de pencher vers le diagnostic de tuberculose auquel les antécédents héréditaires et personnels pourront donner encore plus de valeur.

Un des points les plus délicats dans ces formes anormales de péritonite tuberculeuse est d'éviter la confusion avec l'appendicite.

Malgré l'opinion de Guillemare qui juge impossible de reconnaître la tuberculose péritonéale dans ses formes anormales, nous pensons que l'erreur peut quelquefois être évitée, surtout, comme le dit M. Broca, lorsqu'on a l'habitude de l'appendicite. C'est aussi l'avis de M. Moizard, et il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ces deux auteurs apportent des faits à l'appui de leur dire.

Dans la péritonite bacillaire, la douleur est moins violente et moins brutale que dans l'appendicite ; elle est plus diffuse et moins exactement localisée au point de Mac-Burney. Par contre, le météorisme abdominal est généralement plus accusé que dans l'appendicite ; on ne sent pas de grosseur ni de tuméfaction nette dans la fosse iliaque droite, on bien, comme dans l'observation de M. Moizard, l'empatement dû au gâteau péritonéal est plus diffus, et siège aussi bien du côté gauche que du côté droit.

Enfin, on ne devra jamais négliger de faire l'examen

minutieux et complet du malade ; on recherchera en particulier l'existence d'autres lésions tuberculeuses, foyers pulmonaires, adénopathie bronchique, tuberculoses locales diverses. Il faudra s'enquérir enfin des antécédents héréditaires qui pourront mettre sur la voie.

Il est certain que l'appendicite peut éclater chez un tuberculeux avéré, mais l'existence d'autres lésions bacillaires n'en restera pas moins d'une puissante présomption.

Un dernier moyen de diagnostic existe encore, celui-là généralement définitif : c'est l'incision exploratrice. C'est ainsi que, dans un cas où il avait posé à peu près nettement le diagnostic de péritonite tuberculeuse, M. Broca n'hésita pas néanmoins à faire la laparotomie : il put ainsi tout à la fois confirmer son opinion et guérir son malade.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de ces formes de péritonite tuberculeuse anormale à début brusque est actuellement difficile à préciser, vu le nombre restreint des observations connues. Il s'agit là de lésions graves, très exceptionnellement susceptibles de guérir spontanément par transformation fibreuse. La résistance du sujet à l'infection sera d'autant plus grande que celle-ci se trouvera mieux localisée et que l'état général sera plus satisfaisant. Mais le point essentiel est d'essayer de voir quel est le pronostic dans les cas où l'intervention a été faite, afin de pouvoir calculer, au moins d'une manière approximative, les chances de guérison.

Nous avons réuni seize observations dont une ne peut entrer en ligne de compte puisque le résultat n'est pas spécifié. Sur les quinze autres cas, on note quatre morts pour onze guérisons. Parmi ces onze malades qui furent sauvés, un seul n'a pas été opéré. Il semble donc logique d'admettre que, dans ces formes de tuberculose péritonéale n'évoluant pas normalement, dont le début est plus ou moins aigu, la laparotomie améliore notablement le pronostic.

Si nous nous en tenons aux cas où la maladie a simulé

l'appendicite, nous avons à compter sur treize observations, et même ce nombre doit être réduit à douze, puisque les renseignements font défaut sur le mode de terminaison de l'un des cas.

La mort est survenue dans trois cas malgré l'intervention du chirurgien, et sur les neuf malades qui guérirent, il en est un qui n'a pas subi d'opération.

Nous avons tenu à donner ces résultats pour montrer que les secours de la chirurgie sont utiles dans le traitement de cette variété de péritonite.

Mais de telles données sur le pronostic demeurent évidemment fort incomplètes, et des notions définitives à ce point de vue demandent à être fondées sur un plus grand nombre de faits.

Nous dirons donc simplement que ces péritonites bacillaires sont graves, qu'elles sont généralement mortelles, bien que la guérison spontanée ait été observée, et qu'enfin la laparotomie rend le pronostic moins sombre.

Nous n'insisterons pas sur le traitement. Le manuel opératoire de la laparotomie n'est plus à préciser aujourd'hui, et l'on en trouvera du reste une bonne description dans la thèse de Guillemare. L'auteur envisage successivement les manières d'opérer, la toilette du péritoine, les sutures et les soins consécutifs. Nous ne reprendrons pas non plus les théories tendant à expliquer le mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet. Rappelons seulement qu'en 1894 Nannotti et Baciocchi ont fait des recherches expérimentales sur lesquelles ils se sont basés pour décrire l'action de l'intervention.

Il s'agirait pour eux d'une réaction inflammatoire de la séreuse qui augmente son pouvoir absorbant et en même temps d'une destruction du virus tuberculeux, d'une dégénérescence des éléments cellulaires, d'une vascularisation des nodules, et, comme terme ultime, d'une résorption avec transformation conjonctive des granulations tuberculeuses.

Enfin, bien que le traitement médical et la temporisation soient acceptables dans certains cas, comme le prouve un fait de M. Moizard, on peut poser en principe que la laparotomie est justifiée dans la majorité des cas et doit être pratiquée toutes les fois qu'un doute plane sur le diagnostic.

On évitera ainsi de priver d'une intervention curative des malades atteints d'appendicite, et, si l'on tombe sur une péritonite tuberculeuse, l'opération, loin d'être inutile, augmentera, comme les faits le prouvent, les chances de guérison. La principale contre-indication est la dissémination des lésions bacillaires à différents autres organes, particulièrement la tuberculose pulmonaire aiguë, la granulie.

CONCLUSIONS

Pour terminer cette étude rapide, nous nous résumons en quelques conclusions que voici :

1° La péritonite tuberculeuse n'évolue pas toujours sous sa forme classique ; elle peut avoir un début brusque et aigu.

2° Suivant les localisations, ces formes anormales peuvent simuler l'occlusion intestinale, la salpingite, la fièvre typhoïde, etc..

Mais un des diagnostics les plus difficiles est à faire avec l'appendicite.

3° L'erreur, parfois impossible à éviter, peut cependant, dans bien des cas, être écartée en étudiant minutieusement les symptômes et la marche de l'affection.

4° L'intervention par laparotomie reste un moyen de diagnostic fort précieux dans les cas indiagnostics. Elle est indispensable dans le cas d'appendicite, et souvent très utile lorsqu'il s'agit de péritonite tuberculeuse.

5° Les faits montrent effectivement que, si la guérison spontanée de la bacillose péritonéale est possible exceptionnellement, la mort est la règle. Le traitement chirurgical améliore notablement le pronostic dans ces cas.

Vu par le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aldibert.** — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1892.
- Aran.** — Péritonite chronique simple et tuberculeuse. Union Méd., 1858.
- Boulland.** — De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement. Thèse de Paris, 1885.
- Broca (A.).** — Soc. chir., 30 nov., 1898.
— L'appendicite. Formes et traitement. Paris, 1900.
- Bruhl.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse. Gazette des hôpitaux. n° 123, 1890.
- Brun.** — Soc. chir., 23 nov., 1898, page 1037.
- Cathelin.** — Presse méd., 21 juin 1899.
- Charpy.** — Revue de chir., tome IV, page 689, 1884.
- Debove.** — Bull. de soc. méd. des hôp., 10 oct. 1890.
- Dobroklowski.** — Arch. de méd. expérim. Mars, 1890.
- Empis.** — De la granulie. Paris, 1865.
- Fernet.** — De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. Soc. méd. des hôp., 30 février 1884.
- Guillemare.** — Th. de Paris, 1898.
- Guinard (A.).** — Art. péritonite tubercul. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

Jalaguier. — Articles péritonite et appendicite ; Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome VI.

Jonesco. — Revue de chir., 10 mars, 10 juin, 1891.

Kiener. — Arch. de physiol., 1881.

Koenig. — Centr. Bl. f. chir., 1890, n° 35, pages 657-660.

Lejars. — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Gaz. des hôp., 1891, p. 1305.

Mauclaire. — Des différentes formes de la péritonite tuberculeuse, de leur traitement chirurgical par la laparotomie. Tribune médicale n° 6 du 9 janvier ; pages 104 à 109 inclus.

Maurange. — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Th. de Paris, 1889.

— Péritonite tuberculeuse (Encyclopédie Léauté).

— Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Gaz. hebd. 26 sept. 1897, page 913.

Moizard. — Journ. de méd. et chir. 10 juil. 1899.

— Journal des praticiens, 7 août, 1900.

Nimier. — Soc. chir. 23 nov. 1898, page 1038.

Petit (R.). — Revue de la tuberculose, oct. 1897.

Pic. — Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées. Th. de Lyon, 1890. N° 562.

Pilliet et Hartmann. — Bull. soc. anat. 31 juil. 1891.

Poulet et Kiener. — Compte-rendu de l'académie des sciences, 1880.

Potherat. — Soc. chir. 30 nov. 1898.

Quénu. — Soc. chir. 23 nov. 1898, pages 1035-1036.

— Soc. chir. 30 nov. 1898, page 1092.

Rindfleisch. — Traité d'histologie pathologique, traduction de Gross et Schmitt. Paris, 1888, page 318.

Routier. — Traitement chir. de la péritonite tuberculeuse Sem. méd. 1893, p. 485.

Sutton. — Bl. Brit. méd. journ. 3 févr. 1891.

Spillmann et Ganzinotty. — Art. périt. tub. diction. de Dechambre.

Tenderich. — Deutsche Zeitsch f. chir. LXI fasc. 1-3 et 8 janv. 1896.

Terrier. — Bull. soc. chir. fév. et juin 1892.

Terrillon. — Leçons de clinique chirurgicale 1889. — Leçon sur le traitement chirurgical de la péritonite (péritonite tuberculeuse, p. 493).

— Leçon sur la salpingite tuberculeuse. Bull. méd. n° 55, 10 juil. 1889, p. 867.

Trabaud. — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, son étiologie, ses terminaisons. Thèse de Lyon 1885.

Truc (H.) — De la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses. Montpellier méd. 1887, p. 131-144.

— Traitement chir. de la péritonite tuberculeuse. Th. d'agrégation, Paris 1886.

Tuffier. — Soc. chir., 30 nov. 1898.

Walther. — Soc. chir., 30 nov. 1898.

